

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 24 Juillet 1894, à 1 heure

PAR EMILE RAGUIN,

Né à Ligneil (Indre-et-Loire) le 26 Février 1870.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CONSERVATEUR

DANS

LES CAS D'OVARO SALPINGITE

(Ignipuncture. Traitement de Martin)

Président : M. TARNIER, Professeur.

*Juges : MM. } POZZI, Professeur.
 } MARFAN et MAYGRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1894

472

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

472

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 24 Juillet 1894, à 1 heure

PAR EMILE RAGUIN,

Né à Ligueil (Indre-et-Loire) le 26 Février 1870.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CONSERVATEUR

DANS

LES CAS D'OVARO SALPINGITE

(Ugnipuncture. Traitement de Martin)

Président : M. TARNIER, Professeur.

Juges : MM. } POZZI, Professeur.
 } MARFAN et MAYGRIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1894

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GABRIEL.
Physique médicale.....		A. GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		STRAUS.
Clinique médicale.....	}	G. SEE.
Clinique des maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		PETER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	}	BAILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		CHARCOT.
Cliniques d'accouchements.....	}	TILLAUX.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, FAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEYS.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

AVANT-PROPOS

Les hasards de la clinique nous ayant, en un laps de temps relativement court, alors que nous avons l'honneur d'être l'élève de M. le docteur Schwartz, mis en présence de plusieurs cas d'ovarite diffuse et de dégénérescence scléro-kystique heureusement guéris par l'ignipuncture, nous avons eu l'idée d'étudier spécialement cette question, et d'en faire le sujet de notre thèse.

Avant de commencer ce travail, nous adresserons à M. le docteur Schwartz le témoignage de notre plus profonde reconnaissance. Après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, il nous a libéralement fait part de ses nombreuses observations, et n'a ménagé ni son temps, ni sa peine, pour nous inculquer ses idées originales.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les professeurs G. Sée et Tarnier, en souvenir de la bienveillante sympathie qu'ils nous ont toujours montrée, acceptent l'expression de toute notre gratitude.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à

exprimer notre reconnaissance à tous nos maîtres de l'Ecole de Tours, MM. L. Thomas, Duclos, Courbon, Wolf et Thierry. Nous n'oublierons jamais les années bienheureuses que nous avons passées auprès d'eux.

M. le professeur Tarnier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; qu'il nous soit permis de l'assurer ici de notre plus vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait.

Après avoir exposé les principaux traitements conservateurs proposés dans les cas d'ovarite diffuse et de dégénérescence micro-kystique de l'ovaire, nous étudierons spécialement le traitement par l'ignipuncture. L'exposé de ce traitement sera précédé d'une étude de l'anatomie pathologique de ces deux affections, étude nécessaire pour montrer l'à-propos et la valeur de cette méthode. Nos observations nous permettront de discuter notre intervention et d'établir nos conclusions.

HISTORIQUE

Différents traitements conservateurs des ovarites.

La thérapeutique des affections pelviennes chez la femme a traversé des phases aussi nombreuses que diverses. C'est ce qui nous frappe tout d'abord quand on envisage cette question.

C'est, au début, la phase purement médicale, où la thérapeutique n'est pas plus avancée que la clinique. Jusqu'à ces dernières années, on était encore très timide, à tel point que même en 1886, M. Duplay écrivait : « Les maladies inflammatoires de l'utérus appartiennent plus à la pathologie interne qu'à la chirurgie ; leur traitement chirurgical n'a qu'une importance secondaire. »

Puis vient une période vraiment chirurgicale. Après quelques essais timides, nous entrons de plain pied, dès 1872, dans la grande ère chirurgicale avec L. Tait, Hegar et Battey.

C'est L. Tait qui a systématisé l'ablation des ovaires et des trompes pour les inflammations chroniques de ces organes. C'est à ce moment que triomphe la castration bilatérale.

Le traitement chirurgical appliqué aux affections de l'ovaire a depuis quelques années marché à grands pas. La laparotomie comme traitement direct des affections tubo-ovariennes, après avoir soulevé de violents orages, est entrée dans nos mœurs. Elle a régné un certain temps ; puis une nouvelle opération, l'hystérectomie vaginale ou opération de Péan, est venue à son tour. Elle a été très discutée.

Selon L. Tait (1) l'ovarite est fréquente et il la traite d'une façon radicale.

Il dit que la castration est une opération bénigne et qu'on doit la pratiquer largement.

Tissier cite l'opinion de Patenko, qui déclare que 16 0/0 des ovaires examinés au hasard sont kystiques. Si l'on considère les petits kystes de l'ovaire ou des trompes comme des lésions pouvant être traitées par la castration, il est évident qu'on sera presque toujours autorisé à enlever les ovaires d'une femme qui souffre dans le bassin pour une raison ou pour une autre.

Il est impossible d'établir par des chiffres la fréquence avec laquelle on a porté l'instrument tranchant sur les ovaires. Spencer Welch affirme qu'on ne peut dire combien de fois et par combien de chirurgiens la castration a été faite. L'oopharectomie est regardée comme une panacée à tous les maux des pauvres femmes qui souffrent. Leurs ovaires sont enlevés par les chirurgiens avec autant d'impunité que ceux des truies par les bou-

(1) Lanson Tait. The Lancet, t. I, p. 777.

chers. Si ces opérations, ajoute-t-il, continuent à augmenter, il y aura un nombre considérable de femmes qui seront privées de leur organisation sexuelle et de la faculté de reproduction. Dans un hôpital de province on a enlevé, en 1885, les deux ovaires à 111 femmes.

Si l'on fait le dénombrement des maladies qui peuvent être traitées par l'opération de Battey, on ne tardera pas à se convaincre que beaucoup d'ovaires ont été inutilement enlevés et que la même mutilation est réservée à des milliers de jeunes femmes.

Mais pour enlever à une femme ses ovaires ou son utérus, il ne suffit pas qu'elle souffre continuellement dans la région des annexes ; et même cette douleur n'est pas toujours suffisante pour pratiquer d'emblée une laparotomie, dût-elle demeurer à l'état d'incision exploratrice. Il y a eu une période de véritables excès chirurgicaux, surtout à l'étranger où, selon l'expression d'Emmet (1), « l'ablation des annexes était pratiquée d'un cœur léger par des gens compétents et incompetents. »

Cette rage opératoire a d'abord sévi en Amérique et en Allemagne. En France on a d'abord un peu hésité, mais une fois le signal donné, chaque chirurgien tient à cœur de présenter au plus vite une longue statistique de castrations. Puis se fait une réaction qui, comme les excès, vient de l'étranger.

Dans une réunion de l'*American gynecological Society*

(1) Emmet. Congrès de Baltimore. — Pozzy. Gynécologie.

(1884), Martin, de Berlin, protestait déjà contre les castrations irréfléchies et disait qu'à moins de tumeur bien nette et après échec de tout autre traitement, il n'opérerait pas.

Les Français ne tardent pas à prendre une vive part au mouvement réactionnel avec Pouillet, de Lyon, Doleiris, Terrillon. Dans sa thèse inaugurale, Pichenin proteste contre les abus de la castration chez la femme ; c'est alors que sont très en honneur le curettage, le drainage, la dilatation utérine. En même temps, le traitement médical reprend un peu de son ancienne vogue ; le massage, l'électricité, retrouvent de fervents adeptes.

A ce moment, les chirurgiens proposent de nouvelles opérations. Il s'agit encore de laparotomie, mais de laparotomie conservatrice.

C'est ainsi que W. Polk présente à la Société obstétricale de New-york plusieurs séries de malades traitées et guéries simplement par la rupture des adhérences pelviennes, c'est-à-dire la séparation des annexes de l'utérus d'avec les parties voisines.

Martin, de Berlin, Skutuh, d'Iéna, Pozzi, en France, substituent à l'ablation pure et simple une série d'opérations plus ou moins compliquées, telles que le cathétérisme des trompes, résection de l'ovaire, salpingarraphie, salpingastomie, etc.

C'est ainsi que la thérapeutique pelvienne entre dans une phase qui tend à devenir conservatrice. Le sacrifice des éléments nobles n'est pas toujours fatalement décidé, puisqu'on peut se borner à des mutilations partielles ou même à moins, à la simple ignipuncture.

Aujourd'hui on proteste contre les abus de la castration et on prétend proposer mieux : mais il faut la démonstration, la preuve que ces prétentions conservatrices sont légitimes.

Tel est l'objectif qui s'impose aujourd'hui aux médecins sans parti pris, qui n'ont d'autre souci que la recherche des moyens de traitement les plus simples en même temps que les meilleurs.

Nous essaierons de montrer les raisons qui militent en faveur d'une de ces méthodes conservatrices, l'ignipuncture appliquée à la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire et à l'ovarite diffuse ; et nous présenterons un certain nombre de résultats acquis jusqu'à ce jour par cette méthode.

Dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. — Anatomie pathologique. — Symptômes.

Depuis qu'on pratique couramment la laparotomie, la pathologie de l'ovaire est entrée dans une nouvelle phase. On a pu saisir sur le vivant des lésions que l'autopsie seule pouvait révéler quand une affection intercurrente enlevait la malade.

Chéreau, en France (1844) et Tilt, en Angleterre (1850), avaient étudié les affections des ovaires, mais ils n'avaient que de vagues notions sur les ovarites. L. Tait a dégagé certains types d'ovarites chroniques primitives et en particulier après Rokilansky, qui le premier l'a décrite, le chirurgien anglais a parlé de l'ovarite folliculaire. Cette forme est connue aussi sous le nom de

dégénérescence micro-kystique de l'ovaire, de kystome de l'ovaire, d'ovarite folliculaire. Trélat emploie l'expression d'ovaires à petits kystes.

Les ovaires à petits kystes ne dépassent jamais un certain volume ; ils atteignent rarement la grosseur d'un petit œuf. Ils ne ressemblent en rien aux kystes multiloculaires qui augmentent avec une grande rapidité et deviennent quelquefois énormes.

Dans les ovaires à petits kystes, les lésions sont surtout constituées par une fonte de l'épithélium du follicule ; on n'y rencontre point de transformations épithéliales, pas de cellules métatypiques (1). Ils ne se révèlent presque jamais par le simple palper ; mais dès le commencement, ils occasionnent des symptômes douloureux qui ne s'observent point dans les kystes multiloculaires au début.

Ces petits ovaires kystiques appartiennent à tous les âges. Cruveilhier (2) en a observé plusieurs chez des vieilles femmes. Bouillaud, de Sinety, les ont vus chez des enfants.

Mais le plus souvent on les rencontre chez l'adulte. La lésion est fréquemment bilatérale, c'est même la généralité des cas, et suivant L. Tait (3), quand la lésion est unilatérale, elle siège le plus souvent à gauche. Le volume de l'ovaire est variable : Tantôt il a le volume d'un œuf de pigeon, rarement d'une mandarine.

(1) Conzette, Th. de Paris, 1890.

(2) Cruveilhier. Anat. path., t. III, p. 258.

(3) L. Tait. Traité clinique des maladies des femmes.

Le plus souvent, les petits kystes sont, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une lentille, et en assez grand nombre ; on les trouve disséminés ou agglomérés à la surface de l'ovaire ou dans l'épaisseur de cet organe.

L'ovaire micro-kystique type, présente à sa surface de petites saillies arrondies, parfaitement transparentes, formées par une membrane très mince que la pointe du bistouri crève avec la plus grande facilité. Elles laissent alors échapper un liquide parfaitement limpide, incolore, analogue à l'eau claire, ou au liquide des kystes hydatiques. La surface interne de ces petites cavités est tapissée par une mince membrane blanchâtre, lisse, quelquefois légèrement tomenteuse, très mince également.

S'il s'agit de kystes plus gros, les caractères du kyste et du liquide sont les mêmes, mais le parenchyme de l'ovaire est généralement aplati et un peu réduit dans sa masse.

A côté de ces kystes à contenu liquide, on peut trouver de véritables kystes sanguins. Rollin (1) les a déjà mentionnés. « Un épanchement sanguin plus ou moins considérable se mêle au liquide déjà contenu dans le follicule et on se trouve alors en présence d'un kyste sanguin de l'ovaire. On ne trouve pas dans ces kystes un caillot plus ou moins fibrineux ; le contenu est formé d'un liquide sanguinolent. »

Une coupe parallèle au plan passant par le grand

(1) Rollin. Thèse de Paris, 1889. Des hémorrhagies de l'ovaire.

axe de l'ovaire nous montre des aspects très divers. Dans les cas types, le parenchyme renferme des kystes en plus ou moins grand nombre ; parfois, ils sont tellement nombreux que le tissu ovarique semble avoir disparu. Ces kystes siègent dans toute l'épaisseur de l'ovaire, mais on les trouve de préférence au niveau de la couche ovigène, et quelques-uns sont placés dans l'épaisseur du bulbe ; l'intérieur de l'ovaire ressemble un peu à du tissu aréolaire et ces kystes ne communiquent pas ensemble.

En général, que la sclérose soit corticale ou centrale, qu'elle soit le résultat d'une périovarite ou de l'infiltration séreuse propre à l'œdème de l'ovaire, dès que le tissu conjonctivo-vasculaire remplit mal ses fonctions, les follicules avortent ou deviennent hydropiques et la régression des corps jaunes est incomplète.

Nous trouvons en outre à la surface de l'ovaire des fausses membranes plus ou moins organisées, de vis le tissu fibrillaire jusqu'au tissu fibreux proprement dit.

Dans cette description, nous avons bien séparé l'altération micro-kystique accompagnée de scléroses, des gros kystes folliculaires agglomérés, qui transforment tout l'ovaire en une masse d'aspect cloisonné et multilobulaire qui atteint le volume du poing ou de la tête. Il est hors de doute qu'il n'y a pas ici à songer à une opération conservatrice.

Nous laisserons de côté ces kystes, ainsi que les kystes purulents ; la présence du pus étant une raison suffisante pour justifier une ablation totale.

Œdème de l'ovaire. — Ovarite diffuse. — Anatomie pathologique.

Dans certains cas, on trouve, en faisant une laparotomie, les ovaires œdémateux. L. Championnière, un des premiers, s'est bien rendu compte de ce fait à la suite de plusieurs castrations. On sait en effet que les ovaires normaux présentent une coupe sèche ; au lieu de cela, les ovaires œdématiés présentent à la coupe une surface brillante, humide, suintant facilement dès qu'on les presse. Ils paraissent avoir macéré dans l'eau pendant un certain temps.

On trouve souvent les ovaires œdémateux simplement, sans kystes ni à leur surface, ni dans leur épaisseur. D'autres fois, un nombre plus ou moins considérable de kystes coexistent avec l'œdème.

Une tumeur quelconque mettant obstacle à la circulation en retour de l'ovaire peut être une cause d'œdème de cet organe.

Par exemple, dans les cas de fibro-myomes utérins, de tumeurs du ligament large, de kystes dermoïdes développés dans le petit bassin, de rétroversion utérine.

Lawson Tait, dans son *Traité clinique des maladies de femmes*, émet cette opinion au sujet de *l'hypérémie des organes annexes de l'utérus* : « La clinique semble prouver que beaucoup d'affections des ovaires sont dues à des troubles circulatoires dans la glande. » Et plus loin, il ajoute : « Les modifications pathologiques,

survenant dans ces cas d'hypérémie ovarienne, suffisamment graves pour réclamer une opération, sont très caractéristiques. Les ovaires sont très volumineux et leur coloration normale est remplacée par une teinte rosée et un aspect œdémateux ; les pédicules sont plus allongés et le plexus pampiniforme est plus développé que normalement ; on trouve que ces organes sont situés en arrière de l'utérus, celui-ci étant généralement replié sur eux ; ils sont parsemés de petits kystes. »

P. Petit (1) dit : « Dans l'ovarite diffuse, l'ovaire est augmenté de volume, infiltré de liquide, et parsemé de kystes folliculaires à contenu séreux et sanguinolent. Le stroma est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse, plus prononcée au voisinage des kystes folliculaires et des corps jaunes. Les vaisseaux sont en voie d'oblitération plastique. »

Dans certains cas, pour L. Tait, la périovarite peut déterminer des lésions du parenchyme ; le revêtement séreux de l'ovaire est atteint ; on trouve toujours des lésions à une certaine distance de la capsule et la glande dans son ensemble est notablement augmentée de volume.

Pour Cornil et Terrillon (2), la périovarite peut exister seule.

L'aspect de ces ovaires œdémateux a été bien décrit

(1) Nouv. arch. d'obit. et de gyn., 1892.

(2) Cornil et Terrillon. Anal. et physiol. pathol. de la salpingite et de l'ovarite. In. arch. de physiol., 16 nov. 1887.

par P. Petit (1) : « Les ovaires ont un aspect blanchâtre et comme lavé, rénitent sous le doigt. Leur volume est variable. Ils laissent écouler sous le couteau une grande quantité de sérosité et se montrent criblés sur toute la surface de section du hile, vers la couche verticale d'une foule de petites élevures sphériques, opalines, ayant le volume de petits pois. Ces élevures remplies d'un liquide séreux se vident incomplètement par la ponction, et quand on les ouvre, elles s'affaissent sans laisser de cavités distinctes à surface lisse comme celles des kystes folliculaires.

L'examen histologique montre les veines du hile plus flexueuses qu'à l'état normal, demeurant largement dilatées, quoique vides ou gorgées de sang. Elles sont plongées au milieu d'un tissu conjonctif fibreux parcouru par de nombreux faisceaux musculaires lisses. La substance intercellulaire est d'aspect amorphe, vitreux; la couche ovigène est assez riche en ovules, fait important au point de vue du traitement et présente quelques petits kystes folliculaires.

Dans la région intermédiaire à la couche ovigène et au hile existe un œdème très inégalement réparti, toujours accentué au niveau des vaisseaux qui semblent généralement dilatés, il présente tous les degrés, depuis une légère dissociation des tissus jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles où l'on voit des

(1) P. Petit, Nouv. arch. d'obit. et de gynec., novemb 1887. Observation III.

cellules migratrices en grand nombre et des corps granuleux.

Sur une autre pièce où les lésions sont plus avancées, on constate que les veines sont en voie de sclérose, fondues même, en certains points, avec le tissu conjonctif ambiant. Elles sont flexueuses, dilatées, gorgées de sang ; les capillaires sont entourés d'un manchon compact de cellules embryonnaires. En même temps qu'une ectasie considérable des vaisseaux, existe un œdème qui revêt un caractère particulier ; les espaces intercellulaires sont comblés par une substance transparente semée de granulations. A un degré plus avancé, ces mêmes espaces s'élargissent. Les cellules gonflées surtout au niveau de leurs noyaux sont déformées, granuleuses. Enfin, en certain point où l'apport des liquides est encore plus actif, il se produit des lacunes plus ou moins larges, généralement de forme ovale et qui se détachent sur les coupes à un faible grossissement, à la façon de cavités kystiques. La paroi de ces pseudo-kystes est formée de tissu cellulaire d'autant plus dissocié qu'on se rapproche davantage de leur cavité. A cette limite, il se fait un travail de fonte progressive qui, peu à peu, élargit l'espace rempli de liquide. Pour peu que l'infiltration se suspende dans le tissu périphérique, la fonte cellulaire continuant, le pseudo-kyste arrête ses limites à une bordure de tissu à peu près saine et il se présente comme taillé à l'emporte-pièce, dans le stroma-ovarien, sans paroi distincte.

La couche ovigène n'est que peu ou pas flexible, ce

qui s'explique par le nombre et le calibre moindre des vaisseaux en cette région de l'ovaire et la densité plus grande qu'y présente le tissu cellulaire feutré sous forme de tourbillon. La nutrition n'y est pas moins profondément troublée, car les veines à l'état de repos ont presque entièrement disparu, et il n'existe plus qu'un petit nombre de follicules à différents stades de leur développement; il n'y a pas de corps jaunes récents. Ceux qu'on rencontre, sont à la phase de transformation hyaline, morcelés par l'œdème et transformés en kystes.

P. Petit ajoute qu'il n'a pas rencontré de kystes sanguins, et Rollin, dans sa thèse, avait déjà signalé la rareté de la rupture des veines variqueuses de l'ovaire. C'est qu'ici, nous n'avons pas la lésion nécessaire à la formation de ces kystes, la sclérose est à peine ébauchée, tandis que son développement est la condition indispensable à la formation des hémorrhagies ovariennes.

Après avoir étudié les besoins de ces deux affections de l'ovaire, nous allons étudier le manuel opératoire.

Opération conservatrice (Ignipuncture). — Manuel opératoire.

Nous allons maintenant étudier le traitement par l'ignipuncture de ces deux affections de l'ovaire, dégénérescence scléro-kyptique et œdème de l'ovaire.

Jusqu'à présent, on avait toujours essayé de conserver aux femmes malades leurs ovaires, soit par le repos, soit par un simple curettage. On soumettait les malades tout d'abord au traitement médical, repos au lit, injections chaudes, tampons vaginaux. Devant la persistance des douleurs, ceux qui voulaient la conservation tentaient quelquefois un curettage, une dilatation intérine.

Mais, le plus souvent, le résultat restant négatif, on était obligé d'avoir recours à la laparotomie; on enlevait les annexes de l'utérus. Nous pensons cependant que l'ignipuncture peut rendre de grands services dans ces deux cas.

Voilà la pratique la plus habituellement suivie pour cette opération :

Il faut d'abord procéder à la laparotomie pour aller à la recherche des organes malades. Après l'ouverture du ventre par une petite incision médiane, on introduit une compresse aseptique destinée à isoler le petit bassin, en refoulant et enveloppant les anses intestinales les plus déclives.

Si une seconde compresse est nécessaire, on la glisse à côté de la première; des pinces sont placées sur les extrémités des compresses qui sortent par la boutonnière abdominale. On va alors à la recherche des annexes, on les libère des adhérences qui peuvent les maintenir et on les amène dans l'incision. On place ensuite de chaque côté une nouvelle compresse aseptique qui entoure et isole ces annexes, de telle sorte que

toute l'intervention se passera pour ainsi dire hors du ventre.

C'est le moment de s'assurer de la perméabilité de la trompe; on pratique le cathétérisme en introduisant un stylet dans son pavillon et en le poussant jusqu'à la corne utérine.

On procède ensuite à la partie principale de l'opération, à l'ignipuncture : lorsqu'on se trouve en présence de gros ovaires mous, blanchâtres, manifestement infiltrés de liquide, on fait pénétrer profondément la pointe du petit couteau du thermo-cautère portée au rouge sombre dans le stroma-ovarien oedématié. Cette manœuvre est répétée autant de fois que l'exige le volume de l'ovaire et le degré de l'œdème.

Lorsqu'à la place d'une ovarite diffuse totale, on ne trouve que quelques petits kystes disséminés à la surface de l'ovaire, on ouvre successivement ces petits kystes au thermo-cautère, et on brûle leur surface interne.

Il peut arriver quelquefois qu'une pointe de feu donne un peu de sang; rien n'est plus facile que d'assurer l'hémostase par un ou deux points au catgutt. Ces ovaires, une fois cautérisés, sont replacés dans le pelvis.

Si l'utérus est rétrofléchi ou retraversé, on fera l'hystéropexie; si malgré l'hémostase on craint quelque suintement sanguin, il est avantageux de mettre dans le cul-de-sac de Douglas une ou deux mèches de gaze iodoformée qui ressortent par la plaie, assurent le drainage, en même temps qu'elles servent de soutien à l'u-

térés dans les cas où ce dernier aura été fixé à la paroi abdominale.

Après l'opération fondamentale, il reste encore, comme dans toute laparotomie, à faire une opération complémentaire, la restauration de la paroi abdominale. Il ne suffit pas, en effet, de refermer le ventre par quelques points de suture en masse; il faut bien réunir les divers plans de la paroi abdominale, notamment les plans fibreux, pour ne pas exposer les malades à l'éventration.

On emploie habituellement une suture à plans superposés qui permet de réunir tissu à tissu. Le ventre est fermé par une triple suture en surjet au catgutt. Un premier surjet de catgutt affronte le péritoine; un second surjet suture exactement les muscles et les aponévroses. Enfin, la réunion de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané est assurée par deux ou trois points au plus, de suture profonde à la soie, et par un surjet au catgutt ne comprenant que la peau.

Les suites opératoires sont des plus simples et on n'a jamais d'accidents. Nous noterons cependant une légère ascension de température le troisième et le quatrième jour; mais cette ascension n'a rien d'important. Elle est plutôt un fait d'observation clinique et n'entrave en rien la guérison.

Discussion de l'intervention. Sa valeur.

Nous nous sommes proposé de guérir l'œdème de l'ovaire et la dégénérescence scléro-kystique de cet organe par l'ignipuncture, tout en conservant ses fonctions. Voyons donc si cette opération répond bien au but que nous nous sommes proposé ; peut-on réellement, par ce moyen, guérir la lésion et ses symptômes ?

L'ignipuncture fait-elle courir quelque danger à la vie de la malade ? Non, certes, à aucun moment, l'opération n'est plus grave que celles qu'elle tend à suppléer.

L'ignipuncture est-elle une opération rationnelle ? L'anatomie pathologique nous montre qu'une partie de l'ovaire est sain ; la couche ovigène reste assez riche en ovules, quoique étant infiltrée ou présentant quelques kystes folliculaires. Or, l'ignipuncture nous permet de conserver la plus grande partie du parenchyme qui reste sain.

En outre, nous nous trouvons le plus souvent en présence d'un véritable varicocèle ovarien, de véritables varices ovariennes ; alors pourquoi ces varices et les lésions consécutives ne seraient-elles pas justiciables de pointes de feu, au même titre que d'autres varices : les hémorroïdes, par exemple ?

On va, sans doute, nous accuser de déterminer par l'ignipuncture une sclérose de l'organe et d'augmenter la lésion que nous avons l'intention de com-

battre. Non, il n'en est rien. En effet, si à la suite d'une cautérisation, il se produit un tissu de sclérose, c'est que la réparation après la chute de l'escharre s'est faite par suppuration et granulation. Mais ici, rien de pareil ne se passe, et le processus est tout différent dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Le milieu est essentiellement aseptique et l'escharre est résorbée molécule à molécule, sans travail inflammatoire, sans prolifération embryonnaire susceptible de s'organiser en tissu conjonctif inadulaire. C'est, en somme, ce qui se passe lorsqu'on a cautérisé un pédicule à la suite de l'ablation des annexes; c'est un processus de dégénérescence granulo-graisseuse, suivie de résorption.

L'ignipuncture peut-elle favoriser la dégénérescence microkystique : il en serait peut-être ainsi, si elle déterminait des noyaux cicatriciels à la surface de l'organe ou dans son épaisseur, et si surtout nous avions affaire à des glandes en grappe, comme dans le col utérin, par exemple, où la cautérisation peut déterminer l'oblitération du goulot de ces glandes et amener leur transformation kystique. Mais il s'agit ici de follicules clos, et tous ceux que n'aura pas ouvert le fer rouge pourront se développer librement.

Il est vrai que, chez certaines hystériques, ce traitement ne donne pas toujours de bons résultats : l'ignipuncture et les douleurs persistent. Mais, dans ces cas, on aurait pu épuiser toute la série des opérations gynécologiques, et cela n'aurait rien fait; tandis que, par l'ignipuncture, on a pu conserver les ovaires, ce qui n'est assurément pas une quantité négligeable.

On n'a encore jamais cité de cas dans lesquels l'ignipuncture ait provoqué l'hystérie. Il n'en est pas de même pour l'ovariotomie. Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 novembre 1892, on lit : » M. Debove (1) a vu une femme de 38 ans à laquelle on avait enlevé les deux ovaires pour une ovaro-salpingite double, présenter, environ un an après, de véritables attaques d'hystérie convulsive et une véritable ovarie. Or, jamais elle n'avait eu de manifestation hystérique auparavant. On cite encore, à ce propos, divers accidents névropathiques survenus chez des femmes ovariectomisées : délire, aliénation mentale, goitre exophtalmique. »

En outre, au point de vue des suites opératoires, l'ignipuncture présente beaucoup moins d'inconvénients que l'ovariotomie. M. Terrillon (2) dit : « Au point de vue des suites éloignées, l'ablation des deux ovaires n'est pas aussi simple que celle des trompes ; les malades sont affaiblies et mettent plus de temps à se remettre de l'opération. »

Il est évident qu'en présence de lésions ayant désorganisé profondément l'ovaire, comme un abcès volumineux ou une transformation kystique de l'ovaire, l'ablation s'impose et il est absolument inutile de songer à la conservation. Toutefois, à côté de ces lésions, il en est d'autres moins marquées, où la désorganisa-

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 22 nov. 1892 (Compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux).

(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 13 décembre 1888.

tion de l'organe est loin d'être complète, et dans lesquelles nous pensons que l'ignipuncture, faite avec les précautions voulues, conservera la possibilité de la fécondation.

Nous considérons l'intégrité de la trompe, comme la condition indispensable au succès des opérations partielles pratiquées sur les annexes de l'utérus et, en particulier, dans le cas de traitement par l'ignipuncture.

En effet, la trompe a un rôle tout particulier; c'est un tube essentiellement actif. L'intégrité de sa texture, la persistance de son épithélium vibratile et de ses fibres contractiles sont les conditions indispensables de sa fonction. Le pavillon étant fermé, adhérent, on a beau rompre les adhérences et le rouvrir, créer un orifice artificiel, les éléments essentiels de la trompe, épithélium vibratile et fibres contractiles ne peuvent plus fonctionner : même en pratiquant le cathétérisme forcé, le résultat sera négatif, puisque le rôle de la trompe est définitivement aboli.

D'ailleurs, les résultats éloignés de cette méthode ne nous encouragent pas beaucoup à continuer dans cette voie. Les tentatives faites pour rendre à la trompe ses fonctions ont été assez nombreuses et les déceptions ont été presque aussi nombreuses. Martin a pratiqué vingt-quatre fois la résection de la trompe, et nous ne trouvons qu'une seule grossesse suivie d'avortement, et cependant, ce qu'on cherche le plus souvent quand on fait des opérations conservatrices, le but vers lequel on tend, c'est autant que possible ne pas rendre les femmes stériles quand les lésions sont minimales.

Que faut-il de plus pour prouver combien la résection de la trompe est une opération incertaine au point de vue des grossesses ultérieures ? En effet, si la fécondité est incertaine, la raison d'une opération partielle disparaît, et il n'est plus besoin de chercher à limiter l'intervention, puisqu'il n'y a aucun bénéfice à retirer ; il vaut mieux enlever les annexes en entier.

Notre théorie répond entièrement aux idées de M. Pozzi (1), idées qu'il a fait connaître dans une communication à l'Académie de médecine, le 21 février 1893. « M. Pozzi n'ajoute aucune foi aux opérations ayant pour but de restaurer les fonctions d'une trompe malade ; car, au moment où elle a été fortement atteinte par l'inflammation, elle est devenue incapable de remplir un rôle physiologique. Il élimine donc la résection partielle de la trompe du nombre des opérations conservatrices ; elles ne peuvent être tentées que quand la trompe est saine, quand son pavillon est ouvert et que son calibre est perméable. »

En d'autres termes, l'ovaire seul est justiciable d'une opération partielle. On sait qu'il suffit d'une petite quantité de tissu ovarien pour assurer la régularité de la menstruation, et, par suite, permettre la fécondité ; nombre d'observations en font foi.

Quelques gynécologistes allemands, Landau entre autres, ne sont pas partisans de cette opération. En France, M. Routier croit la légitimité de cette inter-

(1) Gaz. des Hôpit., 23 février 1893.

vention très discutable. La conclusion de M. Roulier est que, dans tous les cas pareils, il ne saurait y avoir un milieu. « Ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation totale, ou il ne l'est pas et alors même la castration est indiquée. »

Cependant les observations recueillies dans le service de MM. Schwartz et Pozzi prouvent que cette observation peut rendre de très grands services ; quelques cas et à notre connaissance, jusqu'à présent c'est le plus grand nombre, paraissent concluants. Dans d'autres cas, il est vrai, il a fallu dans la suite recourir à une nouvelle laparotomie. Il y a sans doute dans cette voie des progrès possibles, l'avenir nous l'apprendra.

CONCLUSIONS

1° L'ignipuncture préconisée par Martin, de Berlin, paraît susceptible de donner de bons résultats dans certaines lésions de l'ovaire, notamment dans l'ovarite diffuse et dans la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire;

2° Cette opération ne présente aucune gravité;

3° Elle n'est applicable que quand les lésions sont limitées;

4° Il est indispensable que la trompe soit perméable pour qu'on songe à cette intervention;

5° Cette méthode de traitement n'empêche pas une grossesse ultérieure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1) (*inédite*).

**Salpingite purulente gauche. — Ovaire droit scléro-
kystique. — Laparotomie. — Traitement de Martin.**

F..., Marcelle, 19 ans, apprêteuse sur étoffes.

Entrée le 6 avril 1893.

Père bien portant. Mère, morte poitrinaire. Frères et sœurs bien portants.

Vers 3 ans, une fluxion de poitrine.

Réglée à 15 ans. Mal réglée en général. Quelquefois huit jours en retard, d'autres fois les époques avancent.

Les règles, la plupart du temps, sont précédées et accompagnées de fortes douleurs. Durée, 4 à 5 jours.

Vers l'âge de 18 ans, elle a été enceinte. Avant la grossesse, elle était bien portante, de même pendant.

Mais, après son accouchement, elle a commencé à souffrir.

Elle avait accouché à 7 mois (mai 1892), parce qu'elle avait fait une chute sur le côté gauche.

Immédiatement après son accouchement, elle a commencé à souffrir dans le ventre, du côté gauche surtout; les douleurs

(1) Recueillie dans le service de M le Dr Schwartz à l'hôpital Cochin.

répondent dans les reins. A ce moment, elle perd en rouge, même entre ses règles. Depuis 3 mois, en outre, elle perd beaucoup en blanc et se plaint de fortes douleurs aux parties; et, surtout en urinant, elle éprouve une douleur assez cuisante.

Aujourd'hui, ses douleurs sont moins fortes, et ce qu'elle perd tache sa chemise.

Examen. — Salpingite purulente à gauche. Les lésions à droite sont moins prononcées, moins appréciables.

Laparotomie le 14 avril 1893.

Incision médiane. L'ovaire gauche présente plusieurs taches purulentes; résection des annexes gauches.

A droite, ovaire scléro-kystique; on le larde de pointes de feu.

Le 9 mai, la malade sort très bien guérie.

OBSERVATION II (1) (*inédite*).

Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation à droite. — Ignipuncture à gauche. — Traitement de Martin.

M..., Louise, 33 ans, couturière.

Entrée le 27 mars 1893.

Parents bien portants.

Réglée à 15 ans.

Avant que les règles apparaissent, elle a eu des douleurs articulaires presque partout.

Après, elles sont venues régulièrement, mais le plus souvent elles étaient précédées de douleurs.

A 18 ans, elle a eu son seul enfant.

A 22 ans, elle a eu la petite vérole, dont elle porte encore les marques.

(1) Recueillie dans le service de M le Dr Schwartz à l'hôpital Cochin.

Elle souffre dans le ventre depuis une dizaine d'années, depuis l'âge de 25 ans.

Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et surtout à droite, douleurs qui sont continuelles et qui s'exaspèrent, surtout quand elle est pour avoir ses règles.

D'ailleurs, les règles sont irrégulières depuis le commencement des souffrances (à partir de l'âge de 25 ans). Quelquefois, elle voit deux fois en un mois, et le mois suivant, elle ne voit pas.

Règles très peu abondantes et durant 2, 3 ou 4 jours.

En outre, elle perd en blanc abondamment, liquide qui est plutôt jaune. Elle a toujours perdu depuis qu'elle est malade. Quand elle a des douleurs, elle ne peut uriner.

Elle ne mange pas, elle a toujours mal à l'estomac; elle vomit quelquefois, quand elle a des douleurs, et, depuis qu'elle est malade, elle a bien maigri.

Examen. — Toucher. Périnée résistant, col normalement placé, pas volumineux, pas induré, l'orifice externe laisse pénétrer le bout du doigt.

Dans les culs-de-sac, pas de tuméfaction, rien au toucher; une douleur assez vive à droite quand on presse un peu.

L'examen au spéculum nous révèle de l'endométrite, avec métrite du col, et vaginite profonde.

Hystéromètre, 8 centimètres.

Mucus du corps transparent.

Diagnostic : Ovaire scléro-kystique et salpingite interstitielle à droite.

Le 1^{er} avril, laparotomie par M. le D^r Routier.

Du côté gauche, ovaire scléro-kystique, trompe saine; quelques pointes de feu.

Du côté droit, gros ovaire scléreux avec des kystes hématiques trompe scléreuse; on les enlève.

Utérus petit. Ligaments larges, courts.

Les annexes sont difficiles à attirer.

Suture de la paroi abdominale en un seul plan.

Le 2 avril, température du soir, 37° 9.

Le 3 avril, — — — — — 37° 7.

Le 4 avril, — — 36°8.

Le 18 mai 1893, la malade sort bien portante.

OBSERVATION III (1) (*inédite*).

Ovaire scléro-kystique et métrite. — Laparotomie. — Ablation des annexes gauches. — A droite, traitement de Martin. — Pointes de feu.

Marie L..., 24 ans, blanchisseuse.

Entrée en novembre 1893.

Métrite blennorrhagique et ovaro-salpingite.

Laparotomie, ablation des annexes gauches. Trompe gauche complètement oblitérée. Ovaire gauche, volumineux, poli-kystique, légèrement adhérent.

A droite, en explorant les annexes, on trouve un gros foyer sanguin crevé à la surface de l'ovaire, saignant un peu après l'application du thermo-cautère. Plusieurs pointes de feu sur tout l'ovaire pour rompre un certain nombre de kystes. Trompe non oblitérée, saine; on remet les annexes droites dans le ventre.

Quand la malade revient à l'hôpital, elle accuse des douleurs dans le petit bassin et des deux côtés. Ces douleurs sont vives, lancinantes et empêchent la malade de travailler. Ces douleurs n'ont point été modifiées par le curettage qu'elle a subi dans le service.

Suites normales de l'opération.

Le 26 février, la malade a ses règles, ce qui ne lui était jamais arrivé depuis 3 ans. Durée, 2 jours.

Sort guérie le 10 mars 1894.

(1) Recueillie dans le service de M. le Dr Schwartz à l'hôpital Cochin.

OBSERVATION IV (1) (*inédite*).

Ovaire kystique avec périovarite droite. — Salpingite gauche et ovarite gauche. — Ablation des annexes gauches.

Marie B..., 22 ans, domestique.

A. H. — Nuls.

A. P. — Réglée à 17 ans; à 19 ans, a fait une couche normale. Elle a eu un peu d'albuminurie pendant et après sa grossesse.

Depuis cette époque, la malade souffre dans le bas-ventre. Douleurs sourdes s'étendant à toute la partie inférieure du ventre. Ces douleurs augmentent à la fin de la journée, la malade faisant un travail pénible.

Exacerbation des douleurs avant et après l'époque menstruelle. Réglée très irrégulièrement. Il y a, en outre, des pertes d'un liquide blanc jaunâtre très abondant.

La malade ne peut plus travailler et entre à l'hôpital. A son arrivée, on constate au toucher une masse volumineuse dans le cul-de-sac gauche. Masse douloureuse.

Sous l'influence du repos et d'injections chaudes, vaginales, cette masse volumineuse semble d'abord rétrocéder; mais, depuis quelque temps, elle reste stationnaire. On constate, en outre, une légère salpingite droite.

Laparotomie le 4 novembre. Chloroforme. Après incision des parois, on arrive sur l'ovaire droit que l'on amène facilement au niveau de la plaie. Il présente sur son bord supérieur quelques petits kystes peu volumineux qui sont ouverts au thermo-cautère.

L'ovaire est peu volumineux, sain et de consistance normale dans le reste de son étendue, ainsi que la trompe du même côté; aussi sont-ils laissés en place.

(1) Recueillie dans le service de M. le Dr Schwartz à l'hôpital Cochin.

L'ovaire gauche est plus volumineux, plus dur, de couleur plus foncée, adhérent à la trompe par des brides solides. Le pavillon de la trompe est allongé et toutes les franges adhérentes, de telle sorte que son ouverture est complètement obstruée. Se terminant en forme de massue, la trompe est considérablement augmentée de volume.

A la coupe, on trouve un ovaire ayant subi, en plusieurs points, la dégénérescence fibreuse. Il en est de même de la trompe, dont les parois sont très augmentées d'épaisseur, réduisant ainsi à presque rien la lumière de ce conduit.

L'ovaire et la trompe gauche sont enlevés.

Le 12 novembre, on enlève les fils; la plaie est en très bon état. La malade ne perd plus et ne souffre plus.

La malade part pour le Vésinet le 25 novembre 1893.

La malade rentre à l'hôpital Cochin le 8 mars.

Elle était sortie du Vésinet au bout d'un mois, mais les douleurs réapparaissent aussi violentes qu'auparavant dès la reprise du travail.

Ces douleurs sont lancinantes et se font principalement sentir dans les reins et à la région de la fosse iliaque droite.

Le repos au lit les fait beaucoup diminuer.

Les règles sont irrégulières, mais fort abondantes. Elles durent 6 jours environ. Le sang qui s'écoule est rose.

Leucorrhée continuelle. Pas d'appétit.

Palper abdominal, rien.

Toucher vaginal : Culs-de-sac latéraux libres; pas de tumeurs. Utérus mobile, mais les mouvements qu'on lui imprime sont très douloureux.

En remontant le long de l'utérus, on sent, au niveau du bord latéral droit, une grosseur douloureuse à la pression. Probablement l'ovaire?

14 mars 1893, le col de l'utérus est rouge.

Hystéromètre : Utérus, 7 centimètres.

L'hystérométrie est un peu douloureuse et l'utérus saigne un peu quand on introduit l'hystéromètre, même celui en caoutchouc.

L'utérus se laisse abaisser assez facilement.

31 mars: Opération.

Hystérectomie sur un utérus friable. Il est impossible d'enlever les poches purulentes droites; drainage au moyen de mèches iodoformées après lavage.

Guérison.

Sortie le 23 avril.

OBSERVATION V (1) (*inédite*).

Salpingo-ovarite gauche. — Ovarite légère à droite. — Laparotomie. — Ablation des annexes gauches. — Quelques pointes de feu à droite.

Salle Sédillot, Augustine M..., 31 ans.

A. P. — Fièvre typhoïde à 10 ans.

Réglée à 11 ans; règles irrégulières, très abondantes.

Premier accouchement en 1882, très laborieux, suivi d'hémorragies qui durent 3 mois.

En 1885, elle est saignée par M. Després pour des pertes qui disparaissent après 4 mois de traitement.

Le 23 octobre dernier, elle ressent des douleurs dans les aines et dans la région lombo-abdominale. Le ventre est sensible et chaud. La malade a des envies fréquentes d'uriner et souffre surtout après la marche.

Au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac gauche une tuméfaction. Rien à droite. Le col a un aspect normal; un peu plus volumineux que de coutume.

L'hystérométrie nous donne 8 centimètres pour longueur de la cavité utérine.

Opération le 23 janvier 1894. Chloroforme. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane. Recherche des annexes gauches

(1) Recueillie dans le service de M. le D^r Schwartz à l'hôpital Cochin.

qui sont adhérentes dans la fosse iliaque gauche. Ces annexes sont facilement amenées au niveau de la plaie opératoire. Le pédicule est lié (nœud de L. Tait), puis sectionné au thermo-cautère.

Le côté droit est sain, la trompe n'est pas oblitérée. L'ovaire seul présente quelques petits kystes qui sont touchés au thermo-cautère.

L'examen des annexes gauches nous montre une trompe grosse, rouge, dont le pavillon est complètement oblitéré.

L'ovaire est petit et friable.

Suture du péritoine à la soie, puis sutures comprenant le péritoine et le plan musculaire au crin de Florence.

Suites normales.

Sortie guérie le 18 février 1893.

Cette malade a été revue, le 22 avril 1894, bien portante. Les annexes droites sont un peu volumineuses.

OBSERVATION VI (1) (*inédite*).

Salpingo-ovarite. — Rétroversion. — Cystocèle. — Hystéropexie. — Ignipuncture de deux ovaires.

Pauline C..., 34 ans, domestique.

Entrée le 13 mars 1893.

Partie le 22 avril 1892 pour aller au Vésinet.

Pas d'antécédents héréditaires.

A. P. — Régée à 17 ans.

Mariée à 24 ans.

Régée normalement sans douleur, un peu en avance chaque fois.

A 24 ans, elle fait une fausse couche de 3 mois. Pas de suites.

A 25 ans, première grossesse normale. Alitée 10 jours.

(1) Recueillie dans le service de M. le D^r Schwartz à l'hôpital Cochin.

Elle nourrit son enfant. Les règles reviennent après 8 mois.

Un jour, elle sent qu'elle a une grosseur dans la matrice, deux ans après l'accouchement.

Pas de douleurs, mais un peu de gêne après de grandes fatigues.

A 32 ans, deuxième grossesse. Quatre jours alitée.

Les règles reviennent le mois suivant. Depuis, elle a toujours souffert dans le ventre.

Peu après, il se produit chez elle un prolapsus utérin; ce prolapsus existe toujours, même après le repos complet.

Elancements dans le bas-ventre et sensation de pesanteur dans les hanches.

Ce prolapsus s'exagère au moment des règles.

Pertes blanches depuis 2 ans et demi.

Soignée chez M. Auvard. (Injections.)

Cette malade présente quelques signes d'éthylisme.

Elle dort mal. Elle a des secousses, des cauchemars, mais pas de tremblement.

Elle digère mal depuis qu'elle est malade, mais n'est pas constipée.

Rien au cœur, ni aux poumons.

Au toucher vaginal, on sent un utérus mobile, en rétroversion, flottant dans le bas-ventre. Les ligaments sont lâches.

La cavité mesurée présente un peu plus de 8 centimètres.

Col de l'utérus étalé, largement ouvert sans ectropion, surface cicatricielle.

Le 20 mars, opération. Chloroforme.

Hystéropexie. M. Routier, après incision le long de la ligne blanche, introduit son doigt dans l'abdomen et sent l'utérus en rétroflexion. Il amène les ovaires au dehors, après les avoir libérés de quelques adhérences qui les retenaient fixés en arrière.

Sur ces ovaires scléro-kystiques, il fait quelques pointes de feu (il s'écoule du liquide de ces kystes), puis il les replace dans le ventre.

Il amène ensuite en avant le fond de l'utérus et le fixe à la paroi abdominale par 3 fils de soie et complète par quelques points au crin de Florence pour la peau.

Suites normales.

L'utérus est bien maintenu, on sent le fond à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

OBSERVATION VII (1) (*inédite*).

Métrite et salpingite droite. — Laparotomie, ignipuncture des deux cotés. — Traitement de Martin. — Ablation d'un petit kyste tubo-ovarien à droite.

Marthe P..., 33 ans.

Parents bien portants.

4 frères et sœurs bien portants.

Réglée à 13 ans, bien réglée. Durée, 3 à 4 jours.

Elle ne perd pas beaucoup en général.

A 25 ans, elle a eu la jaunisse et une congestion du foie.

Il y a 2 ans, elle a eu une fille. Depuis son accouchement, elle a toujours souffert; au début, elle a souffert dans le ventre et elle a perdu en blanc.

Il y a environ deux mois (elle était à ce moment en retard de 2 mois), elle a eu une perte de sang très abondante, elle a perdu des caillots et un gros morceau de chair. Après cette perte, les douleurs de la malade, au lieu d'augmenter, ont, en quelque sorte, diminué dans le ventre; en échange, elle souffre beaucoup dans le haut du ventre; elle éprouve une certaine gêne à ce niveau.

La malade affirme qu'avant d'avoir la perte, elle souffrait beaucoup du côté gauche, elle ne pouvait pas marcher.

Au toucher, la malade ressent une certaine douleur à droite, l'utérus est en antéversion notable, couché sur la vessie.

Les annexes gauches sont volumineuses.

Le col est petit et l'utérus ne paraît pas douloureux aux manœuvres.

(1) Recueillie dans le service de M. le Dr Schwartz à l'hôpital Cochin.

Opération. Laparotomie. Incision.

A droite, petit kyste tubo-ovarique qu'on enlève; la trompe est saine; l'ovaire adhère par sa partie postérieure, sur laquelle on applique plusieurs pointes de feu.

A gauche, l'ovaire est kystique, on le fend complètement au thermo-cautère.

Le 28 mai, la malade sort; elle se plaint encore d'une douleur dans le bas-ventre à gauche, où elle éprouve des tiraillements. Elle perd encore un peu.

La malade, revue en juin 1894, est enceinte de 6 mois.

OBSERVATION VIII (1).

Double oophoro-salpingite chronique. — Rétroflexion adhérente de l'utérus. — Laparotomie. — Ignipuncture. — Hystéropexie.

La nommée Julia S..., femme M., âgée de 29 ans, entrée salle Pascal A., lit n° 21, le 12 novembre 1892.

Nous ne trouvons rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 16 ans, toujours irrégulièrement sans beaucoup de douleurs.

Une fièvre typhoïde il y a sept ans. C'est une malade sujette à des crises nerveuses avec perte de connaissance.

Un premier accouchement il y a huit ans, normal et sans accidents.

Un deuxième accouchement a lieu il y a deux ans, très laborieux, précédé et suivi d'hémorragies avec frissons, fièvre et douleurs abdominales très vives. Elle reste deux mois au lit.

Depuis cet accouchement, la malade se plaint de douleurs dans le ventre, douleurs surtout localisées du côté gauche, continues,

(1) Delaunay, Thèse de Paris, 1893.

lancinantes, avec exacerbation au moment des règles, surtout depuis six mois. Il y a trois mois, elle eut des palpitations de cœur très pénibles suivies deux ou trois jours après d'hémoptysies. Actuellement, les douleurs sont tellement vives, que tout travail est devenu impossible. La leucorrhée est très abondante et les règles ont lieu tous les quinze jours.

Il y a huit jours, à la suite de la compression de la région ovarienne pratiquée par un médecin pendant une crise nerveuse, il y eut un arrêt de la miction qui dure encore et nécessite l'emploi de la sonde.

L'examen est pratiqué sous le chloroforme. L'utérus est en rétroflexion, retenu par des adhérences filamenteuses. Dans le cul-de-sac gauche, et en arrière, on sent les annexes indurées, un peu augmentées de volume, paraissant adhérentes. Le cul-de-sac droit est libre, mais on sent en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, les annexes prolabées, indurées, mamelonnées.

On porte le diagnostic de double oopharo-salpingite chronique, avec périsalpingite et périmétrite ancienne, ayant occasionné la rétroflexion de l'utérus et les adhérences des annexes.

Laparotomie le 16 décembre 1892. A l'ouverture du ventre, on constate l'écoulement d'un demi-verre de liquide ascitique. La main introduite dans l'abdomen déchire des adhérences filamenteuses assez résistantes qui maintiennent l'utérus en rétroflexion.

L'ovaire gauche est adhérent légèrement et est facilement dégagé; par contre, il est difficile de l'amener dans l'incision abdominale par suite de la brièveté du ligament infundibulo-pelvien. Une fois les annexes amenées au dehors, on constate que la trompe est saine et perméable.

L'ovaire présente à sa surface une petite saillie du volume d'un gros pois formée par un kyste sanguin, et trois autres saillies transparentes contenant un liquide séreux. Ces kystes sont incisés au thermo-cautère et leurs cavités cautérisées.

A droite, les annexes présentent les mêmes lésions, mais l'ovaire offre une forme spéciale; il est comme étiré suivant sa longueur, et la présence d'un kyste folliculaire sanguin, à son extrémité

interne, lui donne un aspect moniliforme. Le kyste sanguin est ouvert et cautérisé au thermo-cautère.

L'utérus est fixé à la paroi abdominale par trois points de suture à la soie.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le cul-de-sac de Douglas pour assurer le drainage et soutenir l'utérus. Suites opératoires excellentes. Les douleurs persistent aussi vives qu'avant l'opération.

14 janvier 1893. — Les règles ont lieu aussi abondantes et aussi douloureuses qu'avant l'opération.

Les 28, 29 et 30 décembre. — Ascension de la température très marquée (40°) qui disparaît à la suite d'un purgatif. A ce moment, l'examen des organes génitaux ne fait rien découvrir d'anormal.

Le 11 février. — La malade quitte le service. A ce moment, elle accuse une douleur dans l'hypochondre droit, douleur surtout sensible pendant les mouvements d'inspiration. De ce côté, la fosse iliaque n'est pas sensible à la pression. Du côté gauche, la douleur est localisée dans la fosse iliaque.

A l'examen, la palpation du ventre n'est pas sensible. Les culs-de-sac sont libres et indolores. Le foie est un peu augmenté de volume, douloureux (des vésicatoires, appliqués sur la région hépatique, n'ont amené aucun résultat). Malgré cela, l'état général est bon. Il est à noter que l'on se trouve en présence d'une hystérique chez laquelle tous les signes somatiques sont très marqués (anesthésie pharyngée, hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, etc.).

Cette malade a été revue ces temps derniers. Son état est resté le même. Les douleurs, soit au moment des règles, soit dans l'interval, sont aussi vives qu'avant l'opération.

OBSERVATION IX (1).

Ovarite scléro-kystique à droite. — Rien à gauche.
6 points d'ignipuncture.

Suzanne Q..., âgée de 19 ans, entrée salle Pascal A., lit n° 13.
Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Régliée à 14 ans. Règles très abondantes (10 à 15 jours), très douloureuses et irrégulières. Pas d'enfant ni de fausse couche. Il y a trois ans, blennorrhagie. Un an après, la malade commença à souffrir du ventre. Les douleurs existaient des deux côtés, mais surtout à gauche. Au début, elles n'apparaissaient qu'au moment des règles, puis elles sont devenues continues avec paroxysme aux époques menstruelles.

La leucorrhée n'a pas cessé depuis le début, et est actuellement très abondante. Ces douleurs et cette leucorrhée nécessitèrent son entrée à l'hôpital Beaujon l'année dernière. Elle y resta sept semaines, et on lui fit la dilatation utérine suivie d'application de tampons iodoformés. Ce traitement n'amena aucune amélioration.

A son entrée dans le service, les douleurs sont toujours aussi vives, mais plus marquées à droite.

L'utérus est en antéflexion, mais mobile. Les annexes gauches paraissent saines, mais à droite l'ovaire est augmenté de volume et adhérent.

Laparotomie le 22 décembre 1892. Petite incision.

Les annexes gauches sont facilement amenées à l'extérieur, on constate leur intégrité et on les replace dans le pelvis. A droite, l'ovaire est libéré de ses adhérences et attiré dans la plaie avec la trompe. Il est augmenté de volume, et sa surface est dépressible en plusieurs points. La consistance est œdémateuse, et son aspect blanchâtre. On pratique six ponctions au thermo-cautère. Un des

(1) Thèse de Delaunay. Paris, 1893.

points d'ignipuncture donne un peu de sang ; on fait l'hémostase par un petit surjet au catgut.

Suites opératoires excellentes, réunion par première intention.

Le troisième jour, température : 38°2. Cinq jours après l'opération, la malade eut ses règles accompagnées de vives douleurs.

La malade quitte le service le 24 janvier.

Le 28 janvier, elle est revue. Quelques douleurs abdominales persistent encore, mais bien moins vives.

Les règles eurent quatre jours de retard, leur durée et leur abondance sont beaucoup moindres.

Le 12 février, le même état persiste. Nous avons revu cette malade il y a huit jours (22 juin), ses règles sont régulières et indolores. Quelques douleurs abdominales se montrent encore à l'occasion de fatigues.

OBSERVATION X (1).

Ovarite diffuse double. — Rétroversion. — Conservation des deux ovaires. — Hystéropexie. — Douze ponctions profondes à gauche. — Onze à droite.

Louise F..., salle Pascal, lit n° 20, 29 ans.

Nous ne notons rien de particulier dans les antécédents héréditaires de cette malade. Elle eut ses premières règles à 12 ans et fut toujours régulièrement réglée, mais elle ajoute que depuis l'âge de 15 ans ses règles sont douloureuses.

En 1881, accouchement normal et sans accident.

En 1885, fausse couche de cinq mois avec métrorrhagies pendant six semaines et douleurs abdominales très vives.

En 1886, accouchement à huit mois sans accident. La même année, fausse couche de trois mois suivie d'hémorrhagies abondantes.

(1) Délaunay. Thèse. Paris, 1893.

En 1887 et 1888, accouchements normaux et sans accidents. C'est depuis le premier accouchement, c'est-à-dire depuis huit ans, que la malade se plaint de douleurs abdominales et de leucorrhée. Ces douleurs, d'abord intermittentes et localisées surtout à gauche avec exacerbation au moment des règles, devinrent bientôt continues et se généralisèrent à tout l'hypogastre. Ces douleurs sont irradiées à la jambe gauche et aux lombes. Deux fois elle entra à l'hôpital pour sa leucorrhée et ses douleurs ; on lui pratiqua la dilatation utérine et des cautérisations à la teinture d'iode. Lorsqu'on examine la malade, on constate que l'utérus est abaissé, en rétroversion, mais mobile.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve l'ovaire un peu augmenté de volume, irrégulier à sa surface et paraissant adhérent en arrière.

Dans le cul-de-sac droit, l'ovaire est plus mobile et son volume offre à peu près celui d'un œuf de pigeon.

Les trompes paraissent saines.

Laparotomie, 22 décembre 1892. L'ovaire gauche est attiré dans la plaie, il est double de volume, de consistance molle, œdémateuse, parsemé de points plus dépressibles. En présence de ces lésions disséminées et de l'intégrité de la trompe, on conserve l'ovaire que l'on cautérise au thermo-cautère par douze points d'ignipuncture profonde. Après cette opération, l'ovaire se trouve réduit d'un quart.

Les annexes droites, libérées des quelques adhérences qui les accolent à l'utérus, sont à leur tour attirées dans la plaie. L'ovaire a le volume indiqué à l'examen. A sa surface, il existe un corps jaune récent et plusieurs saillies constituées par des kystes folliculaires ; au palper, il donne une sensation de mollesse pâteuse. Il est de couleur blanc nacré et rappelle l'aspect du rein brightique.

La trompe est saine.

On pratique dans l'ovaire onze points profonds d'ignipuncture ; hystéropexie, quatre points de suture. Fermeture du ventre à la manière accoutumée par une suture à trois plans.

Les suites de l'opération furent très bonnes. Le troisième jour, légère ascension de température, 38°2.

La malade quitte le service le 28 janvier 1893.

Les premières règles après l'opération eurent lieu le 17 janvier, en retard de dix jours, un peu plus abondantes qu'avant l'opération, mais sans aucune douleur.

Les secondes règles eurent lieu le 13 février. Nous voyons cette malade le 13 février, c'est-à-dire en pleine période, et elle nous affirme ne sentir aucune douleur. Depuis, nous l'avons revue plusieurs fois ; elle ne souffre plus ; ses règles sont régulières et indolores.

OBSERVATION XI (1).

Dégénérescence scléro-kystique à gauche. — Ovarite diffuse à droite. — Ablation des annexes à gauche. — Ignipuncture à droite.

Marie C..., 33 ans, entre salle Pascal, lit n° 28.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans. Règles régulières, mais abondantes et douloureuses.

Il y a deux ans, la malade eut un accouchement très laborieux (présentation du siège) et suivi d'accidents d'infection, douleurs vives qui l'obligèrent à garder le lit pendant deux mois. Quelque temps après, elle devint de nouveau enceinte et eut, cette fois, un accouchement normal et sans accidents. Néanmoins, c'est depuis ce deuxième accouchement que les douleurs se sont montrées, d'abord intermittentes et surtout marquées au moment des règles, ces douleurs sont devenues continues avec localisation plus spéciale du côté gauche.

Depuis huit jours, la malade est obligée de garder le lit, et sa dernière période menstruelle a été extrêmement douloureuse.

A l'examen, on constate que l'utérus est en légère anté-courbure

(1) Delaunay. Thèse. Paris, 1893.

et mobile ; dans le cul-de-sac gauche, on constate que l'ovaire est augmenté de volume et légèrement adhérent. A droite, les annexes paraissent peu altérées, néanmoins, l'ovaire paraît plus gros que normalement.

Laparotomie, 23 décembre 1893. Petite incision. Après avoir brisé quelques fines adhérences, on amène les annexes gauches dans l'incision. La trompe est relativement saine, épaisse, injectée, mais perméable. L'ovaire contient un kyste séreux du volume d'une noisette qui se crève au moment où on le libère de ses adhérences. La dégénérescence scléro-kystique de cet ovaire paraissant totale, on enlève les annexes de ce côté.

A droite, on trouve également quelques molles adhérences. La trompe est flexueuse, injectée, mais perméable. L'ovaire, augmenté de volume, est fluctuant en plusieurs points. On le larde d'une dizaine de points profonds au thermo-cautère qui ouvrent plusieurs petits kystes séreux.

Fermeture du ventre par trois plans de suture.

Les suites opératoires furent normales. Réunion par première intention. Le deuxième et le troisième jour, la température s'élève à 38°2 et 38°4.

Les premières règles après l'opération eurent lieu le 8 janvier au lieu du 10, époque habituelle, moins abondantes qu'avant l'opération, mais sans aucune douleur.

Les deuxième règles eurent lieu le 20 février, aussi abondantes et toujours sans douleurs. Depuis, les règles ont été régulières et la malade nous dit ne plus sentir aucune douleur.

Cette malade a été revue il y a deux mois, et la guérison se maintient.

OBSERVATION XII (1).

**Ovarite diffuse, plus marquée à gauche. — Rétroversion.
Ignipuncture des deux ovaires. — Hystéropexie.**

Marie F..., femme T..., âgée de 22 ans, entrée salle Pascal A., lit n° 6.

Son père est mort tuberculeux à 25 ans. Elle-même est sujette à des bronchites fréquentes et s'enrhume facilement.

Réglée à 14 ans, toujours bien.

A 18 ans, premier accouchement suivi de phénomènes d'infection.

A 21 ans, deuxième accouchement normal et sans accident. Il y a trois ans, la malade a commencé à souffrir du ventre, surtout au moment de ses règles. Ces douleurs étaient accompagnées d'une leucorrhée abondante. Au mois de juillet 1890, on lui fit un curetage et l'amputation du col (Schröder). Les douleurs et la leucorrhée disparurent jusqu'au mois de mars dernier. Depuis cette époque, les douleurs sont revenues, intermittentes, exaspérées par la moindre fatigue et surtout vives au moment des règles qui, elles-mêmes, sont devenues plus fréquentes. Peu de leucorrhée.

A l'examen, on trouva l'utérus en rétroversion adhérente. Les annexes des deux côtés sont adhérentes et ectopiées dans le cul-de-sac postérieur. Les ovaires paraissent augmentés de volume.

Laparotomie le 30 janvier 1893.

Les annexes gauches sont libérées de leurs adhérences et amenées au dehors. La trompe est saine. L'ovaire, augmenté de volume, est mou, œdémateux, blanchâtre. On pratique sept points profonds d'ignipuncture au thermo-cautère.

Les annexes droites sont également libérées et amenées au dehors. Elles présentent les mêmes lésions profondes que celles de

(1) Delaunay Thèse. Paris, 1893.

gauche. On fait seize points profonds au thermo-cautère. On fixe ensuite l'utérus à la paroi abdominale par quatre fils de soie.

Suites opératoires excellentes. Le 2 février, la température s'élève à 39° et l'auscultation donne des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Le 9, la fièvre a disparu.

Trois jours après l'opération, les règles apparurent moins abondantes, mais presque sans douleurs.

Depuis, elles sont régulières et tout à fait indolores.

Cette malade a été revue il y a un mois ; la guérison se maintient.

OBSERVATION XIII (1).

Double ovarite diffuse. — Laparotomie. — Ignipuncture des deux ovaires.

La nommée F..., femme L..., âgée de 24 ans, entrée salle Pascal, n° 20.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Réglée à 18 ans. Les règles reviennent tous les quinze jours et durent huit jours.

Peu de temps après son mariage, à 23 ans, elle éprouve de vives douleurs pour la miction, accompagnées de fleurs blanches abondantes. Peu de temps après, elle ressentit des douleurs dans le ventre, surtout à gauche.

Il y a deux mois, elle entre à Laënnec où on lui fit un curettage et l'amputation du col. Cette intervention ne donna aucun résultat.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs abdominales continues avec localisation plus spéciale à gauche. Les règles sont irrégulières, très abondantes et douloureuses.

(1) Delaunay. Thèse. Paris, 1893.

On soumet la malade au traitement médical : repos au lit, injections chaudes et sublimé.

Au bout de huit jours, les douleurs sont atténuées et on procède à l'examen.

Le col présente les traces de l'amputation ancienne, et le corps de l'utérus est en antéflexion.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent l'ovaire prolabé en arrière, augmenté de volume et mobile.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent les mêmes lésions.

Laparotomie, le 15 mars 1893. Petite incision. La trompe est saine et perméable. L'ovaire est augmenté de volume, de consistance molle, il est manifestement oedémateux. Un petit kyste de l'hydattide de Margagni est réséqué.

On pratique dans l'ovaire neuf pointes de feu profondes.

A droite, les lésions sont les mêmes. On fait huit pointes de feu.

Après ces pointes de feu qui donnent issue à une petite quantité de liquide, les ovaires sont diminués d'un quart environ de leur volume.

Suites opératoires normales.

La malade quitte le service le 22 avril, elle est guérie.

Les deux premières règles qui ont suivi l'opération ont encore été un peu douloureuses, mais les suivantes ont été absolument indolores.

Cette malade a été revue depuis, et elle n'accuse plus aucune douleur. Les règles sont tout à fait bien régularisées.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,

TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAZY. — Du Traitement médical des affections des annexes de l'utérus. Arch. médic., 1891, tome XXVIII.
- Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie. Décembre 1888.
- BOECKEL. — Des Kystes ménorrhagiques de l'ovaire. (Gazette de Strasbourg, 1864).
- L. CHAMPIONNIÈRE. — Extirpation des ovaires. (Archives de Sociologie, 1887, p. 658).
- CORNIL ET TERRILLON. — Archives de Physiologie, 1887, 3^e série, tome X.
- COCHEZ. — De la Thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes. Thèse de Paris, 1892.
- L. CHAMPIONNIÈRE. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques. Août 1889.
- Congrès Français de chirurgie, 3 avril 1893. Kyste racemeux de l'ovaire.
- CONZETTE. — Ovaires à petits kystes. Thèse de Paris, 1890.
- DOLERIS. — Ovarite chronique. (Bulletins et Mém. de la Soc. obst. et gyn. Paris, 1888, IV, page 96).
- DOLERIS. — Nouv. arch. d'obst. et de gyn. Juin 1886.
- DOLCHÉ DE DESPLANCHE. — De l'Ovarite. Thèse de Paris, 1884.
- DUVAL. — Hystérectomie totale abdominale. Thèse de Paris, 1892.
- DELBET. — Des Suppurations pelviennes chez la femme.
- DEVELZ. — Du Varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine. Thèse de Paris, 1888.
- DELAUNAY. — Des Opérations conservatrices de l'ovaire. Thèse de Paris, 1893.

- EMMET. — La Pratique des maladies des femmes.
- FEHLING. — De la valeur de la castration. (Archives de Sociologie, 1888, p. 359).
- TRAIPONT. — Annales de Liège, 1888.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. (Gazette des Hôpitaux, jeudi 23 février 1893).
- CRISTOPHE JOHNSON. — Laparotomie exploratrice. (Méd. rec., 25 août 1888).
- MARTIN. — Congrès de Bonn, 1891.
- MONTPROFIT. — Salpingites et ovarites. Thèse de Paris, 1888.
- MACQUART-MOULIN. — Des Méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines. Thèse de Paris, 1892.
- MAGNIN. — Castration chez la femme comme moyen curatif des troubles menstruels. Thèse de Paris, 1886.
- A. MARTIN. — Volkmanns'klin. Vortrage, n° 343, 1889.
- R. DE MASSIA. — Des salpingo-ovarites tuberculeuses. Thèse de Paris, 1890.
- A. MATHIEU. — Un cas de goître exophtalmique consécutif à l'ablation des ovaires. (Gaz. des Hôpitaux, 19 juin 1890).
- A. MARTIN (de Berlin). — Traité clinique des maladies des femmes.
- A. MARTIN. — Centralbl. f. Gyn., 1891, p. 516.
- A. MARTIN. — Verhandl. d. deutschen gesell. f. Gyn., 1891, p. 242.
- A. MARTIN. — Neber Tüben und ovariaolresektion in centr. f. Gyn., 1891.
- NAGEL. — Arch. f. Gyn., 1887, tome XXXI.
- PÉAN. — Indications de la castration utérine et de la castration ovarienne. (Gaz. des Hôp., 1886, p. 1170).
- WILLIAM POLK. — Note sur certaines opérations destinées à préserver les annexes de l'utérus. (New-York, Medical Record, sept. 1891).
- POZZI. — Société de chirurgie. Méd. moderne, 21 oct. 1891.
- POZZI. — Opérations conservatrices de l'ovaire. (Gaz. des Hôpitaux, 23 février 1893).
- POIRIER. — Recherches sur les lymphatiques des organes génitaux de la femme.

- A. PILLIET. — Etude anatomo-pathologique de l'ovaire scléro-kystique. (Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 29 nov. 1890).
- R. PICHEVIN. — Des abus de la castration chez la femme. Thèse de Paris, 1889.
- P. PETIT. — Nouvelles arch. d'obst. et de gyn., juillet 1888.
- P. PETIT. — Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn., juin 1891.
- P. PETIT. — Nouv. arch. d'obst. et de gyn., oct. 1891.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- POZZI. — Annales de gyn. et d'obst., mars 1893.
- ROUTIER. — Résection des ovaires. (Gaz. des Hôpit., oct. 1891).
- ROUTIER. — Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1891, tome XVII.
- ROBIN. — Note sur les hémorrhagies des vésicules ovariennes. (Soc. de Biologie, 1886).
- ROLLIN. — Hémorrhagies de l'ovaire. Thèse de Paris, 1889.
- SINETY. — Manuel pratique de gynécologie.
- STORER. — De la Menstruation sans ovaires. (Archives de Physiologie, 1878).
- SEGOND. — Castration ovarienne. (Gaz. des Hôpitaux, 1888, p. 668).
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.
- SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS, mai 1892. Ovaire scléro-kystique.
- SLAVIANSKY. — Oophorites. Annales de gynécologie, mai-juin 1890)
- GAILLARD THOMAS. — Traité clinique des maladies des femmes.
- TERRILLON. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 13 décembre 1888.
- TERRILLON. — Archives de Sociologie, 1889, t. XVI.
- TERRILLON. — Annales de gynécologie, mai 1889. Salpingo-ovarite traitée par la laparotomie.
- TISSIER. — Castration chez la femme. Thèse de Paris, 1886.
- L. TAIL. — Traité clinique des maladies des femmes.
- L. TAIL. — Traité des maladies des ovaires.
- VULLIEL. — Le massage en gynécologie.
- F. VEIL. — Soc. obst. et gyn. de Berlin. Décembre 1889.
- Verhandlungen des X internationalen medicinischen Congres. Berlin. August 1890.

